



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4 BACH

Tove Kristin Nilsen og Camilla Nilsen
Veileder: Anne With

Fra patogenese til salutogenese

From pathogenesis to salutogenesis

11268 ord

BASY 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒ JA

☐ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☒ JA

☐ NEI

Innhold

| | |
|---|----|
| 1 Innledning..... | 4 |
| 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema | 4 |
| 1.1.1 Begrunnelse av pasientperspektivet | 5 |
| 1.1.2 Begrunnelse av sykepleieperspektivet | 5 |
| 1.2 Problemstilling..... | 5 |
| 1.3 Avgrensing av oppgaven | 5 |
| 1.4 Hensikt..... | 6 |
| 1.5 Oppgavens oppbygging | 6 |
| 1.6 Begrepsavklaring | 7 |
| 1.6.1 Diabetes type 2..... | 7 |
| 1.6.2 Mestring | 7 |
| 1.6.3 Helse | 7 |
| 1.6.4 Senkomplikasjoner..... | 8 |
| 1.6.5 Folkehelse | 8 |
| 2 Metode..... | 9 |
| 2.1 Beskrivelse av metode | 9 |
| 2.2 Framgangsmåte av forskningsartikler | 10 |
| 2.3 Kritisk vurdering av litteratur og forskning..... | 11 |
| 3 Teori | 14 |
| 3.1 Helsefremmende arbeid..... | 14 |
| 3.1.1 Forebyggende helsearbeid..... | 14 |
| 3.1.2 Empowerment | 14 |
| 3.1.3 Health literacy | 15 |
| 3.2 Egenomsorg | 15 |
| 3.3 Lidelse | 15 |
| 3.4 Motivasjon | 16 |

| | |
|--|----|
| 3.5 Ansvar..... | 16 |
| 3.6 Kommunikasjon..... | 16 |
| 3.6.1 Hjelpende kommunikasjon | 17 |
| 3.7 Etikk..... | 17 |
| 3.7.1 Empati | 17 |
| 3.8 Lover og retningslinjer | 18 |
| 3.8.1 Helse- og omsorgstjenesteloven | 18 |
| 3.8.2 Folkehelseloven | 18 |
| 3.8.3 Stortingsmelding nr. 47 | 18 |
| 3.8.4 Yrkesetiske retningslinjer | 18 |
| 3.8.5 Nasjonale retningslinjer for diabetes | 19 |
| 4 Teoretikere | 20 |
| 4.1 Dorothea Orem | 20 |
| 4.2 Aaron Antonovsky..... | 21 |
| 5 Drøfting | 23 |
| 5.1 Sikre god helse og egenomsorg, for å forebygge senkomplikasjoner | 23 |
| 5.2 Kommunikasjon i det forebyggende arbeidet..... | 28 |
| 5.3 Empowerment og mestring hos diabetes type 2 pasienter..... | 31 |
| 6 Konklusjon | 35 |
| Referanseliste: | 37 |
| Sammendrag..... | 41 |
| Summary | 41 |
| Vedlegg, Pico-skjema..... | 42 |

1 Innledning

Vi er to sykepleierstudenter som skal gå i gang med siste innspurt av studiet, bachelor oppgaven. I oppgaven ønsker vi å fokusere på om oppfølgingen av diabetes type 2 pasienter er bra nok, og hva som eventuelt kan oppnås ved tettere oppfølging. I oppgaven vil vi også legge frem hvordan vi gjennom bedre oppfølging kan bedre helse og forebygge lidelse eller sykdom, hos denne pasientgruppen. Samtidig har vi gjennom utdanningen lagt merke til hvor viktig det forebyggende helsearbeidet er blitt for oss sykepleiere.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Norges diabetesforbund (2012) skriver at det i Norge er ca 350 000 mennesker som har diabetes type 2, og antallet er blitt firedoblet de siste femti årene. Med dette forstår vi at antallet i risikogruppen for senkomplikasjoner rammer svært mange mennesker.

Folkehelseinstituttet (2013) skriver at menn med diabetes type 2 har 2-4 ganger høyere risiko for å utvikle hjerteinfarkt, hjerneslag og amputasjon og hos kvinner 3-5 ganger høyere. Med dette forstår vi hvilke konsekvenser senkomplikasjonene kan ha for pasientene, dermed ser vi viktigheten av å forebygge nettopp dette.

Fra vår tidligere praksiserfaring, både i sykehus og i hjemmesykepleie, har vi observert at mange diabetes type 2 pasienter kommer inn med senkomplikasjoner. Vi har også opplevd mange alvorlige komplikasjoner, som har fått store konsekvenser for pasienten. Samtidig så vi hvordan disse komplikasjonene kunne ha en negativ innvirkning på pasientens livskvalitet.

Disse erfaringene fra praksis har gjort sterkt inntrykk på oss som sykepleierstudenter. Det vi ønsker med denne oppgaven er å kartlegge om en tettere oppfølging av denne pasientgruppen, etter utskrivelse fra medisinsk sengepost, kan bidra til at pasientene får økt kompetanse rundt sin egen sykdom. Dermed kan faren for senkomplikasjoner reduseres. Pasienten kan da selv ta riktige avgjørelser for sin egen helse. Altså det å kunne oppnå en god nok egenomsorg. Vi ønsker å drøfte om bedre oppfølging kan bedre diabetes type 2 pasienters avgjørelser, slik at vi kan sikre egenomsorg hos hver enkelt.

Vi ønsker å rette oppgaven mot et folkehelseperspektiv. Dette fordi folkehelsen har mange gode begreper og prinsipper som vi synes er svært overførbart til denne oppgaven. Gjennom

vår utdanning på Høgskolen i Hedmark har det blitt lagt stor vekt på folkehelse, og hvor sentralt et slikt arbeid har blitt for vår sykepleiefunksjon. Samtidig ser vi denne type tiltak som helsefremmende, fordi det omhandler å fremme helsen og forebygge mot negative konsekvenser av sykdommen.

1.1.1 Begrunnelse av pasientperspektivet

Det kan være vanskelig for en pasient å få beskjednen om at en har diabetes type 2. Spesielt når dette fører til en livsstilsendring, som mange pasienter kan se på som utfordrende å gjennomføre. Ribbu (2010) skriver at det er svært vanlig at pasientene er engstelige for videre komplikasjoner av sin diabetes sykdom, og redselen mot det å oppleve en type lidelse kan gi påvirkning på deres livskvalitet. Enkelte pasienter vil derfor kunne trenge en tett oppfølging og motivasjon for nettopp å kunne fullføre disse endringene.

1.1.2 Begrunnelse av sykepleieperspektivet

Vår oppgave som sykepleiere vil være å forebygge lidelse, skade og/eller sykdom. For denne pasientgruppen vil det være viktig å forebygge unødvendig lidelse, som følge av type 2 diabetes. Vår oppgave vil være å legge det til rette for pasientene, slik at de selv kan mestre det å leve med sykdommen og oppnå god egenomsorg. Det vil derfor være viktig å ha evnen til å sette seg inn i pasientens egen opplevelse av denne sykdom, noe vi senere beskriver som empati.

1.2 Problemstilling

Kan tettere oppfølging føre til at diabetes type 2 pasienter mestrer å ta riktige avgjørelser for egen helse, slik at senkomplikasjoner kan forebygges? Sett ut ifra et folkehelseperspektiv.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å handle om ulike oppfølgingstiltak av diabetes type 2 pasienter, etter utskrivelse og veiledning ved sykehus. Videre vil vi kartlegge hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å gi god nok oppfølging til denne typen pasienter, som i

utgangspunktet bor hjemme uten annen helsehjelp. I oppgaven vil ikke fokuset være det å gi en beskrivelse av de ulike typer senkomplikasjoner, og heller ikke hvordan senkomplikasjoner kan oppstå. Oppgaven rettes heller mot det om tettere oppfølging kan føre til at pasienten selv mestrer det å ta riktige avgjørelser for sin egen helse, slik at senkomplikasjoner kan forebygges. Dette gjennom kunnskap og motivasjon, mot det å sikre god egenomsorg.

1.4 Hensikt

Oppgavens hensikt vil være å få frem hvor viktig tilstrekkelig og god oppfølging av diabetes type 2 pasienter er. Samtidig hvordan vi som sykepleiere kan se viktigheten av dette, knyttet opp mot et forebyggende helsearbeid. I vårt arbeid er det viktig å ha kunnskap om hvordan vår kompetanse kan bidra til at pasienten selv øker sin kunnskap rundt sin kroniske sykdom. Igjen hvordan dette kan være avgjørende mot å forebygge de faktorer som har en negativ innvirkning på pasientens helse. Samtidig ønsker vi også å legge vekt på viktigheten med kvalitet i den oppfølgingen som gis av oss sykepleiere. Med dette mener vi at sykepleiere trenger gode kommunikasjonsferdigheter, for å møte pasienten der den er. Dette for å skape handling, motivasjon og samarbeid.

1.5 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgavens metodedel velger vi å gjøre rede for valg av litteratur og forskning, samt vår fremgangsmåte og kritisk vurdering av disse funnene. I oppgaven er det blitt brukt både pensum- og egenvalgt litteratur, som vi ser relevant i forhold til videre utførelse av oppgaven. Litteraturen som er blitt brukt i oppgaven, legges frem i oppgavens teoridel. Her gjør vi også rede for nasjonale retningslinjer for diabetes (Helsedirektoratet, 2009), som vi også velger å nevne videre i oppgavens drøftingsdel.

Før en drøftingsdel legges det frem hvilke teoretikere vi ser mest sentrale i forhold til vår problemstilling. Her legges det frem viktige verdier og modeller som vi ser relevant for videre utførelse av drøfting. Oppgavens drøftingsdel har vi valgt å dele inn i tre deler. I den første delen velger vi å drøfte egenomsorgen, deretter kommunikasjon og til slutt begrepet empowerment. De nevnte begrepene blir drøftet opp i mot oppfølging, undervisning og

folkehelsearbeidet. I oppgavens siste punkt legges det frem en konklusjon. Her ønsker vi å besvare problemstillingen, ut i fra våre funn av litteratur og forskning.

1.6 Begrepsavklaring

Her ønsker vi å begrepsavklare diabetes type 2, mestring, senkomplikasjoner og folkehelse, som er sentrale begreper fra problemstillingen. Begreper senere i oppgaven, avklares underveis.

1.6.1 Diabetes type 2

Diabetes type 2 skyldes insulinresistens og/eller en viss insulin mangel (Diabetesforbundet, 2012). Dette vil si at diabetes type 2 pasienter har noe insulinproduksjon, men ikke godt nok til å kunne holde blodsukker konsentrasjonen normal. Hos de aller fleste oppdages sykdommen i 40 årsalder og sykdommen kan sees på som en livsstilssykdom (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2010).

1.6.2 Mestring

Mestring er et begrep som omhandler hvordan en person med en sykdom eller funksjonsnedsettelse kan lære seg det å kunne leve med sin situasjon. Videre det å kunne mestre utfordringer i hverdagen, og igjennom dette oppleve en kontroll over sitt eget liv (Askheim & Starrin, 2010). Med dette forstår vi at en må kunne ta en viss kontroll over sin sykdom, ikke la sykdommen ha kontroll over en som person.

1.6.3 Helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse begrepet som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). God helse betyr ikke nødvendigvis at en må være fri for all sykdom. Slik vi forstår verdens helseorganisasjons definering av begrepet helse, kan man

oppleve god helse uavhengig av sykdom. Men når faktorer gjør en negativ påvirkning på vårt fysiske, psykiske og sosiale velferd truer det også helsen.

1.6.4 Senkomplikasjoner

Det vi legger i ordet senkomplikasjoner er komplikasjoner som oppstår senere i et sykdomsforløp. Rettet mot denne oppgaven vil et høyt blodsukker over lengre tid gi skader på våre blodårer og indre organer. De vanligste senkomplikasjonene er skader på små blodkar, som i nyrer og øyne. Andre konsekvenser er nevropati i bein, som er en nedsatt følelse. Ellers er også hjerteinfarkt, hjerneslag og nedsatt sirkulasjon i fot og legg kjente komplikasjoner (Diabetesforbundet, 2012).

1.6.5 Folkehelse

Mæland (2010) skriver at folkehelsearbeid kan sees på som en felles innsats fra samfunnet, ikke bare for å bedre, men også det å opprettholde og fremme folkehelsen. Fra denne definisjonen ser vi at samfunnet må ha et felles mål, for sammen å oppnå gode resultater eller forbedring av vår helse. Innenfor folkehelsearbeidet rettes også fokuset mot forebyggende helsearbeid.

2 Metode

I dette kapittelet beskriver vi vår arbeids- og fremgangsmåte for å kunne redegjøre for en konklusjon av problemstillingen. «Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare» (Dalland, 2007, s. 83).

2.1 Beskrivelse av metode

Vår bacheloroppgave er en litteraturstudie som baserer seg rundt pensumlitteraturen ved Høgskolen i Hedmark, sykepleieutdanning. Oppgaven skrives etter Høgskolen i Hedmarks *retningslinjer for bachelor i sykepleie*. Dette er også årsaken til at oppgaven er skrevet etter APA standard. Vi har tatt i bruk den pensumlitteratur som er overførbart og har relevans i forhold til utførelse av oppgaven. Vi har også valgt å ta med relevante praksiserfaringer i videre drøftingsdel.

I forhold til egenvalgt litteratur har vi valgt både å kjøpe og låne bøker, som vi ser på som overførbart til denne oppgaven. Noen av disse bøkene har også blitt anbefalt av enkelte lærere ved Høgskolen i Hedmark. Oppgaven baserer seg på 467 sider av egenvalgt litteratur.

For søk av forskning har vi valgt å ta i bruk picoskjema (Vedlegg 1). Årsaken er at vi selv finner dette hjelpemidlet som en god oversikt, for søk av artikler. Samtidig har vi gjennom vår sykepleierutdanning fått positive erfaringer ved bruk av dette skjema.

Under utførelsen av oppgaven fant vi ikke noen eksakt oversikt over registrerte senkomplikasjoner hos diabetes pasienter, og heller ingen spesifikk oversikt over pasientenes egen opplevelse av oppfølging. Derfor valgte vi å kontakte diabetesforbundet for et intervju, for å kartlegge hva deres medlemmer og diabetes type 2 pasienter hadde som syn for oppfølgingen. Spesielt etter utskrivelse og opplæring av sykehus. Intervjuet ble holdt med en diabetessykepleier, som vi velger å anonymisere, ved og ikke nevne navn. Hensikten er for å kunne verne om direkte personopplysninger (Dalland, 2010).

2.2 Framgangsmåte av forskningsartikler

Her velger vi å legge frem vårt søk av utvalgte forskningsartikler.

Før vårt søk av forskningsartikler hadde vi som mål å finne stoff relatert til støttegrupper og/eller undervisning til diabetes pasienter. Dette for å kartlegge om økt oppfølging og opplæring har effekt på egenomsorgen.

Vi valgte å se nærmere på forskning som var rettet mot sykepleiere. Vi brukte PubMed som database. Vi satte kombinasjonen *diabetes AND nurse follow-up AND selfcare*, som ga 116 treff. Dermed fant vi en spennende forskning, *Do automated calls with nurse follow-up improve self-care and glycemic control among vulnerable patients with diabetes?* (Piette, Weinberger, McPhee, Mah, Kraemer & Crapo, 2000).

Vi søkte deretter på forskningsartikler i kunnskapsegget, og brukte søkeord som *Diabetic patients AND Supportgroups AND self-care*. Søkeordene ga 885 treff i PubMed. Deretter fant vi en relevant forskning i en av våre pensum bøker, og ønsket å søke på denne i PubMed. Vi søkte derfor *Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients*, og fikk 4 treff i PubMed. Videre fant vi også en annen forskningsartikkel som var relevant i forhold til dette temaet. Vi valgte derfor å søke i PubMed med *Educations and quality of life in diabetic patients*, som ga 320 treff.

Vi valgte også å søke etter forskning på sykepleien.no, dette fordi vi tidligere har funnet mye bra norsk forskning i denne databasen. Vi søkte på ordene *motivasjon* og *diabetes*, som ga 18 treff. Slik fant vi forskningsartikkelen *Motivasjon til egenbehandling blant voksne med diabetes 2* (Ofteidal, 2011).

Fra tidligere praksis er vi kjent med forskningsartikkelen *Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «Health literacy?»* (Finbråten & Pettersen, 2012). Grunnet overførbarhet til oppgaven, valgte vi å dra den inn mot denne oppgaven. Forskningsartikkelen er publisert både på sykepleieforbundets nettside, og i Høgskolen i Hedmarks fronter system.

Nedenfor har vi valgt å gi en liten presentasjon av våre utvalgte forskningsartikler:

Om ukentlige telefonsamtaler med sykepleier har effekt på å øke egenkontroll og kunnskap mot det å forebygge senkomplikasjoner, var målet med forskningsartikkelen *Do automated calls with nurse follow up improve self-care and glycemic control among vulnerable patients with diabetes* (Piette, Weinberger, McPhee, Mah, Kraemer & Crapo, 2000).

Forskningsartiklen *Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients* (Gilden, Hendryx, Clar, Casia & Singh, 1992) tar utgangspunkt i tre inndelte grupper. En gruppe mottar vanlig undervisningsopplegg for diabetes pasienter og gruppeveiledning, den andre mottar kun undervisningsopplegg og den siste gruppen fikk ingen tett oppfølging. Målet var å finne ut av om undervisning og gruppeveiledning kunne gi resultater på kunnskap, livskvalitet og glykemisk kontroll.

Education and quality of life in diabetic patients (Tankova, Dakovska & Koev, 2004) omhandler et fem dagers undervisningsopplegg kunne ha effekt på pasienter med diabetes ett til to år senere i tid. Målet var å finne ut om dette kunne gi en effekt på pasientenes livskvalitet og glykemisk kontroll.

Forskningsartiklen *Motivasjon til egenbehandling blant voksne med diabetes* (Ofstedal, 2011) ønsket å studere mestringsforventninger og viktige verdier, relatert til motivasjon for egenbehandling.

Forskningartikkelen *Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «Health literacy?»* (Finbråten & Pettersen, 2012) legger frem diabetessykepleierens syn på sine pasienters health literacy. Dette for å kartlegge om diabetes type 2 pasienter har god nok kunnskap rundt sin sykdom, slik at de selv kan utøve forebyggende tiltak mot senkomplikasjoner.

2.3 Kritisk vurdering av litteratur og forskning

Vi ønsker å vurdere våre funn av litteratur og forskning etter relevans for vår oppgave, i forhold til om den er tidsrelevant i henhold til dato, om det er anerkjente forfattere og om den er blitt referert til tidligere. På denne måten sikrer vi kvalitet i vårt funn av forskning i vår bacheloroppgave. Hensikten med kildekritikk er å legge frem gyldighet og relevans av litteratur og forskning, som brukes opp i mot problemstillingen (Dalland, 2010).

I utførelsen av denne oppgaven har vi tatt i bruk pensumlitteratur som vi ser har relevans for denne problemstillingen. Vi ser også dette som en gyldig kilde, i og med at den er anbefalt av Høgskolen i Hedmark. Dalland (2007) skriver at pensumlitteraturen kan sees på som en sekundærkilde, i og med at de ofte er bearbeidet og fortolket av andre enn forfatteren. I tillegg til sekundærlitteratur har vi også valgt primærlitteratur. Primærlitteratur er det Dalland (2010) kaller en førstehåndskilde. Med dette menes det at det er den opprinnelige utgaven eller et senere opptrykk. Denne litteraturen er derfor ikke blitt bearbeidet av andre, men er presentert av forfatteren selv (ibid.).

Den egenvalgte litteraturen vi har valgt i forhold til denne oppgaven, er teori vi ser på som både gyldig og relevant. Vi har blant annet skaffet oss *Helsens mysterium* av Aaron Antonovsky (2012). Boken sees på som primærlitteratur og omhandler teorier innenfor det helsefremmende arbeidet. Noe vi ser kan være overførbart til oppgaven. Videre ser vi litteraturen som gyldig, fordi den er blitt anbefalt og blitt referert til i pensumlitteraturen. I forhold til egenvalgt litteratur rundt Dorothea Orems (1991) sykepleieteori, har vi valgt sekundærlitteratur. Dette vil si at teorien blir presentert av andre enn forfatteren selv (Dalland, 2010). Dette ble gjort fordi vi ikke fikk tak i primærlitteraturen. Vi har derfor valgt boken *Orems sykepleiemodell i praksis* (Cavanagh, 2008). Litteraturen finner vi relevant grunnet en egenomsorgsteori, som er overførbart til det helsefremmende arbeidet. Cavanagh (2008) er også en anerkjent forfatter, og samtidig er boken gitt ut av Gyldendal. Derfor velger vi også å se denne litteraturen som gyldig.

Etter funn av forskning har vi valgt to forskningsartikler som blant annet er referert til i våre pensumbøker. Vi har observert at forskningen kan være noe eldet. Men vi så forskningen overførbart til oppgaven, samtidig som vi ser den som like relevant i dag. I og med at den er referert til i våre pensumbøker, velger vi også å se den som gyldig. For at innholdet skal være troverdig har vi vurdert artikkelens validitet og reliabilitet. Validitet er at det som undersøkes skal være gyldig og relevant i forhold til problemstillingen. Reliabilitet omhandler at metoden eller målingene er blitt utført på en korrekt måte (Dalland, 2010).

Vi har valgt å nevne helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og *rett behandling- på rett sted- til rett tid* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) grunnet relevans, men også for å belyse viktigheten av folkehelsearbeidet. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, [NSF], 2011) har vi valgt fordi vi ser dette som en grunnstein i vårt arbeid

som sykepleiere, og vi fant gode underpunkter som vi kunne rette mot folkehelsearbeidet.

Nasjonale retningslinjer for diabetes fant vi som en sikker kilde, fordi den er hentet fra Helsedirektoratet (2009). Vi syns det var viktig å ha med denne inn mot oppgaven, fordi det gir en del anbefalinger rundt oppfølging og forebygging av senkomplikasjoner.

3 Teori

Her legger vi frem teori som vi ser relevant i forhold til vår oppgave. Vi vil derfor gjøre rede for begreper innenfor det helsefremmende arbeidet, egenomsorg, ansvar, kommunikasjon, etikk, lover, retningslinjer og stortingsmelding.

3.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid dreier seg ikke direkte mot det å forebygge skade, sykdom eller død, men mer om det å bedre helsen generelt blant folket. Idégrunnlaget for det helsefremmende arbeidet ble utformet i Ottawa i 1986, kalt Ottawa-charteret (Mæland, 2012). Her defineres det helsefremmende arbeidet som «en prosess som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (ibid. s. 73). Med dette forstår vi at et helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i å øke befolkningens kunnskap, mot det å ivareta egen helse.

Helsefremmende arbeid nevner også at enkeltindividers valg ovenfor egen helse kan være begrenset, grunnet at enkelte forhold kan være utenfor ens kontroll. Dette kan være at samfunnet generelt ikke har tilrettelagt godt nok for å kunne fremme helse, ut ifra den situasjonen man befinner seg i (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012).

3.1.1 Forebyggende helsearbeid

For beskrivelse av det forebyggende arbeidet har vi valgt å ta utgangspunkt i Normann, Sandvin & Thommesens (2011) forklaring av begrepet. De skriver at forebyggende arbeid kan sees på som et individrettet arbeid slik at konsekvenser av sykdom, problemskapende forhold og sykdom reduseres. Med dette forstår vi at et forebyggende helsearbeid kan sees på som individuelle tiltak, mot det å forebygge sykdom eller komplikasjoner.

3.1.2 Empowerment

Empowerment begrepet står for det å kunne mestre å ha kontroll over beslutninger og handlinger som berører helsen. (Helsedirektoratet, 2012). Empowerment er å ha en følelse av styrke, makt og kontroll over sitt eget liv. Dette gjennom å opprettholde faktorer som delaktighet, egenkontroll, kompetanse, samarbeid og selvtillit. Begrepet empowerment kan

sees på som en sentral del i det helsefremmende arbeidet, en større makt og det å ha kontroll over sin egen helse (Askheim, 2010). Dette velger vi å forstå som det å ha større kunnskap om faktorer som påvirker helsen, slik at beslutninger som har konsekvens for en selv kan påvirkes.

Empowerment begrepet har vekket spesiell interesse for helseprofesjonene, fordi det omhandler det å støtte personer som er i en utsatt situasjon. Rettet mot sykepleiefaget kan man se empowerment som en prosess. Hovedmålet med denne prosessen handler om samhandling og veiledning, for å kunne øke pasientens kompetanse til mestring (Tveiten, 2012). Med dette forstår vi at begrepet tar utgangspunkt i å hjelpe vedkommende, uavhengig av hvilken situasjon en befinner seg i.

3.1.3 Health literacy

Health literacy defineres som en evne til å kommunisere, bearbeide og dermed omsette dette til positive avgjørelse, for å ivareta helsen (USAGovernment, 2011). Med dette forstår vi at begrepet omhandler pasientens evne til å iverksette sykdomsforebyggende handlinger, etter veiledning og undervisning fra helsepersonell. Videre forstår vi at evnen til å forstå denne informasjonen er grunnleggende, for oppnåelse av health literacy.

3.2 Egenomsorg

Vi har valgt å bruke Dorothea Orems definisjon av egenomsorg. Hun skriver at egenomsorg betyr det å kunne sikre omsorg for seg selv, for sin egen del. Kari Martinsen definerer omsorg som et rasjonelt, praktisk og moralsk begrep, som omhandler det å bry deg om den andre (Slettebø, 2009). Vi ser dette som en sammenheng med egenomsorg, fordi definisjonen av omsorg handler om det å bry seg, som i denne sammenhengen blir om seg selv. En mer utfyllende beskrivelse av begrepet egenomsorg kommer senere i oppgaven.

3.3 Lidelse

Torbjørnsen (2008) skriver at lidelse er når pasienten opplever truende ødeleggelser av sin integritet. Videre skriver han at lidelse kan sees på som noe man selv har skyld i eller har hatt ansvaret for. Integritet beskriver Slettebø (2009) som selvstendighet, uavhengighet, uskaddhet og ukrenkelighet. Rettet mot diabetes type 2 pasienter forstår vi at senkomplikasjoner kan

sees på som lidelse, fordi at en selv kan ta ansvar for å forebygge dette. Samtidig forstår vi at senkomplikasjoner truer integriteten, fordi pasientens selvstendighet og uavhengighet er truet. Med dette forstår vi at om pasienten blir utsatt for en senkomplikasjon, vil pasienten bli mer avhengig av helsehjelp. På denne måten truer senkomplikasjonene pasientenes selvstendighet, uavhengighet, uskaddhet og ukrenkelighet.

3.4 Motivasjon

Normann, Sandvin & Thommesen (2011) definerer motivasjonen som en drivkraft bak det å foreta handlinger. Videre skriver de at motivasjonen kan sees på som en kraft, bak det å gi retning til handling. Mestring kan også være å ha den evnen til å se muligheter i vanskelige og utfordrende situasjoner. Med dette forstår vi at motivasjonen kan være med på å skape vilje, til å kunne se mulighetene for å endre sin situasjon.

3.5 Ansvar

I denne sammenhengen har vi valgt å ta utgangspunkt i Slettebøs (2009) definisjon av *ansvar*. Hun skriver at begrepet omhandler at individet selv tar ansvar for sitt liv og utøvelse. Et eksempel kan være at en sykepleier har ansvar for å yte god pleie og omsorg, men også det at en som enkeltindivid har et ansvar for å ta riktige valg. Med dette forstår at sykepleiere har i sin yrkesutøvelse ansvar i forhold til lovverk og retningslinjer. Videre forstår vi begrepet at en som individ også har et ansvar, mot det å ta gode valg som påvirker en selv.

3.6 Kommunikasjon

Eide & Eide (2010) beskriver begrepet kommunikasjon som noe felles, hvor en delaktiggjør og skaper forbindelse med en annen. Videre blir kjernen i kommunikasjonen beskrevet som en kunst av å kunne anerkjenne den andre parten, som oppnås gjennom å være åpen, aktiv lyttende og direkte. Med dette forstår vi at man gjennom kommunikasjon kan gjøre hverandre delaktige, slik at det kan oppstå en relasjon mellom sykepleier og pasient. Relasjon kan sees på som en kontakt og forbindelse mellom to personer (ibid.).

3.6.1 Hjelpende kommunikasjon

Målet med den hjelpende kommunikasjonen er å basere samtalen rundt annerkjennelse, trygghet og tillit, og formidle informasjon slik at problemet kan bli løst. Denne kommunikasjonsmåten skal bidra til at pasientene mestrer sin situasjon, så godt det lar seg gjøre (Eide & Eide, 2010). Med dette forstår vi at den hjelpende kommunikasjonen skal bidra til at pasienten får opplevelse av mestring, gjennom å være hjelpende, støttende og problemløsende (ibid.).

Aktiv lytting kan sees på som noe av det viktigste, innenfor den hjelpende kommunikasjonen. Ofte deles den inn i to hovedgrupper; Verbale og nonverbale. Det nonverbale går ut på stillhet, øyekontakt og berøring (Kroppsspråk). Det verbale baserer seg på å stille spørsmål og oppmuntre den andre parten (Eide & Eide, 2010). Med dette forstår vi at aktiv lytting krever flere typer av kommunikasjonsferdigheter, for å sikre en god hjelpende kommunikasjon. Da mellom sykepleier og pasient.

3.7 Etikk

Etikken er det som kan hjelpe oss til å belyse valgene en som sykepleier har. Deretter omhandler det en vurdering om hvilke valgmuligheter som er bedre enn andre (Slettebø, 2009). Med dette forstår vi at etikken kan sees på som et hjelpemiddel, i forhold til å være reflektert. På denne måten kan en velge den beste løsningen ovenfor pasientene, ved vurdering av ulike muligheter (ibid). Med dette forstår vi at en gjennom etikken kan reflektere over utfordrende forhold, slik at det beste tiltaket kan fremmes. Videre kan en også reflektere om tiltaket har hatt den ønskende effekten, eller hva som kan gjøres annerledes.

3.7.1 Empati

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Eide & Eides (2010) definisjon av begrepet empati. De skriver at det omhandler evnen til å sette seg inn i andres situasjon, deretter forstå ens reaksjoner og følelser. Slik vi forstår begrepet, omhandler dette sykepleierens egenskap til å forstå den andre, ved å sette seg inn i pasientens situasjon. Deretter kan en mulig forståelse for reaksjoner og følelser bli forstått og akseptert.

3.8 Lover og retningslinjer

Her velger vi å legge frem lover, stortingsmelding og retningslinjer som vi ser har betydning for videre utførelse av oppgaven.

3.8.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Loven stiller krav til kommunene om å drive helsefremmende og forebyggende tjenester. De er lovpålagt å behandle, forebygge og tilrettelegge for at pasientene skal kunne mestre sin sykdom, skade, lidelse eller funksjonssvikt. Det kommer også frem i loven at en som kommune har ansvar for de pasientene som har sykdom, skade eller lidelse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Med dette forstår vi at kommune er lovpålagt til å skape mestringsfølelse hos pasienter, som er rammet av sykdom, skade eller lidelse.

3.8.2 Folkehelseloven

Formålet med folkehelseloven er at folkehelsearbeidet skal forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, ved å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold (Folkehelseloven, 2011). Loven forstår vi som at det stilles krav innenfor et forebyggende arbeid, ved at en skal sikre befolkningens livskvalitet og helse.

3.8.3 Stortingsmelding nr. 47

Rett behandling- på rett sted- til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) legger frem at helsetjenesten generelt står ovenfor utfordringer når det kommer til pasient- og samfunnsperspektiv i forhold til et helsefremmende arbeid. Meldingen er til for å forebygge sykdom før en uhelse eventuelt skal oppstå. Slik vi forstår stortingsmeldingen er det viktig at pasientene får tidsnok og god nok behandling, slik at sykdom kan forebygges.

3.8.4 Yrkesetiske retningslinjer

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (Norsk sykepleierforbund, [NSF], 2011 s.7).

Som sykepleiere har vi et ansvar for vår praksis å fremme helse, forebygge sykdom og lidelse. Samtidig er det viktig at vi i vår yrkesprofesjon fremmer håp, mestring og livsmot. Informasjonen som gis til pasientene skal være tilstrekkelig og tilpasset, slik at pasientene forstår informasjonen som gis (Norges sykepleierforbund, [NSF], 2011). Dette velger vi å forstå at gir en mulighet til at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser, som berører sin helse.

3.8.5 Nasjonale retningslinjer for diabetes

Vi ønsker å dra frem de nasjonale retningslinjer for diabetes (Helsedirektoratet, 2009), for å få en oversikt over retningslinjer og anbefalinger rundt det med oppfølging av pasientene, samt forebyggende faktorer rundt senkomplikasjoner.

Retningslinjene anbefaler en kontrollhyppighet hver 2.- 6. mnd. Her nevnes det at et fastlegekontor skal minst ha en av de ansatte som driver et aktivt arbeid ved oppfølging av blodsukker målinger og endring av levevaner. Disse skal også ha et såkalt fraværssystem, slik at de som ikke møter opp er sikret veiledning. Enkelte legesentre har i dag også tilbud om diabetesdager, som også tar for seg undervisning mot diabetessykdom.

Retningslinjene stiller også krav til at alle indremedisinske-, endokrinologiske- og barneavdelinger skal ha et diabetesteam. Men i denne oppgaven velger vi og ikke å gjøre rede for dette, fordi vi ønsker å se nærmere på oppfølging i nærmiljøet der pasienten befinner seg, altså i hjemmene. Derfor vil kommunale helsetjenester være mest relevant.

Målet med den individuelle opplæringen er å gjøre pasientgruppen med diabetes type 2 i stand til å ta riktige og gode behandlingsvalg for å fremme sin egen helse. Fordi pasientene som eventuelt trenger videre opplæringstiltak legger de nasjonale retningslinjene for diabetes andre alternativer som kurs for vektreduksjon, røykeslutt og aktivitetsgrupper som kan være en god start (Helsedirektoratet, 2009).

4 Teoretikere

Her ønsker vi å ta utgangspunkt i to teoretikere, som vi ser på som mest relevante i forhold til oppgaven. Vi har derfor valgt Dorothea Orem (1991) sykepleierteori innenfor egenomsorgen. Videre har vi valgt Aaron Antonovsky (1987) innenfor det helsefremmende arbeidet.

4.1 Dorothea Orem

Det Dorothea Orem (1991) er mest kjent for er begrepet egenomsorg, rettet mot sykepleieutøvelsen. Her hvordan en som sykepleier gjennom kunnskap, ferdigheter og holdninger kan bidra til å utøve omsorg ovenfor pasientene. Orem (1991) har valgt å dele begrepet egenomsorg i to deler: «Egen» står for individets fysiske, psykiske og åndelige behov, mens «omsorg» er en helhet av aktiviteter som personen selv iverksetter for å opprettholde livet og normal utvikling (Cavanagh, 2008). Egenomsorgen definerer Orem (1991) som «aktivitetene som individet iverksetter og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære» (Orem, 1991, s. 117). På denne måten kan en blant annet forebygge sykdomsprosesser, skade eller funksjonssvikt. Vi har valgt hennes egenomsorgsteori, fordi vi ser hvor viktig egenomsorgen kan være hos diabetes type 2 pasienter. Dette ved å forebygge mot sykdomsprosesser.

I sin teori legger hun også frem hvordan en gjennom motivasjon for egenomsorg kan utvikle nødvendig informasjon og ferdigheter. For å kunne utøve denne egenomsorgen er en nødt til å være reflektert og gi bevisste handlinger som påvirkes av kunnskap og ferdigheter. På denne måten har individet selv mulighet til å velge sin egenomsorgsatferd. Under helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov nevner hun at en skal gi hensiktsmessig hjelp, hvis et individ utsettes for påvirkning av hendelser som påvirker helsen. Samtidig beskriver hun viktigheten med tiltak for å forebygge ubehagelige eller skadelige virkninger (Cavanagh, 2008). Med dette forstår vi at Orem (1991) prøver å få frem hvor viktig videreformidling av kunnskap og ferdigheter er, for å forebygge senere skadelige virkninger.

For å kunne hjelpe pasientene på best mulig måte, legger Dorothea Orem (1991) frem fem underpunkter. Det første punktet omhandler det å handle eller gjøre noe for en annen. Med dette mener hun at en som sykepleier skal hjelpe de pasienter som selv ikke greier å utføre viktige egenomsorgshandlinger. Det andre punktet omhandler det å veilede, ved at en skal gi

råd og relevant informasjon. Dette for å hjelpe pasientene til å dekke sine egenomsorgsbehov. Det tredje punktet går ut på at en som sykepleier skal kunne støtte pasientene, både fysisk og psykisk. Det fysiske beskriver hun som fellesskap og lagarbeid, spesielt mellom sykepleier og pasient. Videre beskriver hun det psykiske som tilstedeværelse og nærvær, som vil si det å lytte og gi varierte hjelpemetoder. Det fjerde punktet omhandler at en skal tilrettelegge for pasientene, slik at en kan muliggjøre helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner. Dette er å hjelpe pasientene til å utvikle de evner, som er nødvendige for å oppnå god egenomsorg. På denne måten kan en forebygge funksjonsforstyrrelser. Det siste punktet er det å undervise. Med dette menes det at en som sykepleier skal ha den evne til å formidle kunnskap og ferdigheter til pasientene (Cavanagh, 2008).

Rettet mot forebyggendehelsearbeid i sekundærforebygging, nevner hun at det tidlig skal iverksettes tiltak mot å forebygge komplikasjoner (Cavanagh, 2008). Med dette forstår vi at Dorothea Orem (1991) skriver om det å forebygge sykdom ved ivaretagelse av egenomsorg, og igjen hvordan sykepleiere skal fokusere på å fremme helse framfor og kun se sykdom. Orem (1991) ser på hvordan dette kan bli gjennomført av datasamling, planlegging, intervensjon og evaluering (ibid.).

4.2 Aaron Antonovsky

Sosiologen Aaron Antonovsky (1987) legger frem en teori, presentert mot det helsefremmende arbeidet. Hans teori kan en si har snudd patogenesen, til salutogenesen. I forhold til dette menes det at han har rettet fokuset fra sykdom, til å fokusere på ressurser som styrker helsen blant menneskene. I sin bok *Helsens mysterium* (Antonovsky, 2012) stiller Aaron Antonovsky (1987) spørsmål i forhold til hva som fremmer helse. Samtidig hvilke motressurser som skaper uhelse. Med disse spørsmålene løftet han frem begrepet salutogenese, som vil si en lære over hvilke faktorer som opprettholder helse og velvære (Antonovsky, 2012).

Salutogenese beskrives som det å forebygge, samtidig det å arbeide mot å fremme helsen. Videre beskriver han begrepet som et mysterium, i forhold til når en person opplever en stressfaktor. En stressfaktor beskrives som en tilstand som er anspent, men som man må lære seg å håndtere. Videre defineres det som «krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på» (Antonovsky, 2012 s. 50). Det salutogene perspektivet flytter oppmerksomheten mot de faktorer som kan være med på å fremme helse. På denne måten

rettes fokuset mot de mestringsressurser, som Antonovsky (1987) beskriver som muligheten til å takle de utfordringer som fører med en stressfaktor (Antonovsky, 2012). Opp i mot oppgaven forstår vi derfor at pasienter med en diabetes type 2 befinner seg i en slik stressituasjon. Dette fordi de kommer i en ny og anspent situasjon, som de selv må lære seg å kunne håndtere. Dette for å fremme helse.

Videre ut ifra begrepet salutogenese, utviklet Antonovsky (1987) sence of coherence (SOC). Dette begrepet omhandler våre egne forventninger om våre nye situasjoner er påvirkelige, logiske og forutsigbare. Videre beskriver han tre grunnleggende faktorer for oppnåelse av SOC som begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Med begripelighet mener Antonovsky (1987) omhandler stimuliene en mottar som forståelig, velordnet, sammenhengende og klar informasjon. Dette i stedet for stress og støy. Håndterbarhet beskrives som at vedkommende skal føle at en har tilstrekkelig med ressurser, slik at en kan takle motstand. Den siste faktoren er meningsfullhet, som omhandler det å føle seg inkludert og at de tiltak som gis «gir mening». Kort beskrevet av begrepet SOC, er at en skal kunne forstå situasjonen, tro på at en kan finne løsninger og meningen med å gjøre nettopp dette (Antonovsky, 2012). Dette tolker vi som at en må ha forståelighet over hvorfor en befinner seg i den situasjonen man er, og hva en kan gjøre for å bedre sin situasjon.

Antonovsky (1987) skriver at denne teorien kan være en bevegelse mot egenomsorgen, og nevner blant annet hvor sentralt dette kan være i vår oppgave som sykepleiere. Dette fordi vi møter pasienter på arenaer, som kan gjøre dette helsefremmende arbeidet mulig (Antonovsky, 2012). Derfor finner vi teorien svært overførbar til denne oppgaven, fordi det omhandler hvordan vi kan fremme salutogenese og SOC hos diabetes type 2 pasienter. Dette for å fremme helse, og forebygge senkomplikasjoner.

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven ønsker vi å drøfte teori, praksiserfaring og forskning, for å komme frem til en mulig konklusjon på vår problemstilling.

5.1 Sikre god helse og egenomsorg, for å forebygge senkomplikasjoner

Mæland (2010) skriver at et mål med det helsefremmende arbeidet, er å fremme helsen generelt i befolkningen. Videre skriver han at en skal fremme helse, spesielt på den måten at enkeltindivider selv skal kunne mestre det å ta riktige valg rundt egen helse. Likt med Mæland (2010) beskriver Orem (1991) egenomsorgen som noe av det samme. At egenomsorgen kan ses på som aktiviteter eller tiltak individet selv iverksetter for å opprettholde blant annet liv, helse og velvære (Cavanagh, 2008). Videre omhandler det forebyggende helsearbeid noe av det samme som Orem (1991) definisjon av egenomsorg. At det er et individrettet arbeid, for å hindre konsekvenser av blant annet sykdom (Normann, Sandvin & Thommesen, 2011). Med dette forstår vi at det helsefremmende- og forebyggendearbeidet retter seg mot det å kunne bedre helsen, ved å ivareta pasientens ressurser og øke deres kompetanse rundt sykdommen. På denne måten kan diabetes type 2 pasienter lære seg det å ta riktige valg for å fremme helsen, slik at senkomplikasjoner kan forebygges. Samtidig stiller helse- og omsorgstjenesteloven (2011) et krav til kommunene om å drive et helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette gjennom å tilrettelegge for mestring av sykdom og forebygge mot skade eller lidelse. Med dette forstår vi at kommune har ett krav til å følge opp pasienter med kroniske sykdommer, for å fremme mestring.

Som nevnt innledningsvis er det i dag 350 000 mennesker som har diabetes type 2, og vi forstår derfor at risikoen for senkomplikasjoner kan ramme svært mange mennesker. Orem (1991) skriver blant annet at en som sykepleier har i oppgave å veilede den enkelte pasient, ved å gi den informasjon, råd eller støtte som kan hjelpe pasienten til å sikre god egenomsorg (Cavanagh, 2008). Likt med dette stilles det krav i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, om at en har ansvar for å fremme helse (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Med dette ser vi at det helsefremmende arbeidet også er sentralt for oss sykepleiere. Vi forstår dette som viktig i møte med diabetes type 2 pasienter, fordi de befinner seg i en risikogruppe

for senere å utvikle komplikasjoner av sykdommen. Her ser vi også en likhet med begrepet salutogenese av Aaron Antonovsky (1987), som betyr det å forebygge og samtidig arbeide mot det å fremme helse (Antonovsky, 2012).

Mæland (2010) skriver at det viktigste for diabetes type 2 pasienter er å redusere risikoen for senkomplikasjoner, gjennom medisinsk forebygging og livsstilsendringer. Likt med dette hevder de nasjonale retningslinjer for diabetes (Helsedirektoratet, 2009) at en som ansatt skal drive et oppfølgingsarbeid, som blant annet endring av levevaner. Som nevnt tidligere stiller også helse- og omsorgstjenesteloven (2011) krav om dette. Med dette forstår vi at en som sykepleier gjennom oppfølging kan undervise og veilede pasientene, for endring av livsstil. Samtidig hvordan vi sammen med pasienten kan jobbe mot det å utvikle egenomsorg, slik at lidelse eller skade kan forebygges hos denne pasientgruppen. Helsedirektoratet (2009) skriver også at veiledning rundt overvekt, fedme, røyking og høyt blodsukker nivå er viktige livsstilsendringer. Videre skrives det at vi som helsepersonell skal være til stede for at pasienten skal kunne gjennomføre de endringer som er nødvendig for å fremme helsen. På en annen side er det viktig at det befinner seg en felles innsats av samfunnet generelt og i politiske føringer, for å sikre god nok oppfølging av disse pasientene (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012). Med dette forstår vi at uten klare retningslinjer eller satsning rundt oppfølging og forebygging av senkomplikasjoner, kan det være vanskelig for pasienten alene å gjennomføre en livsstilsendring. Deretter kan det true målet mot å sikre egenomsorgen. Likt med dette beskriver *Rett behandling- på rett sted- til rett tid* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) utfordringer i det forebyggende arbeidet. Blant annet at fokuset kan være mot det å lære pasientene til å mestre sin sykdom er nedprioritert. Videre at prioriteringen heller i dag er å behandle sykdom. Altså slik Antonovsky (1987) beskriver det, at fokuset blir patogenese og ikke salutogenese. Med dette forstår vi at det helsefremmende- og forebyggendearbeidet kan bli plassert i ”skyggen” av å jobbe mer behandlende og sykdomsrettet (Mæland, 2010). Dette strider i mot de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, hvor det kommer frem at en har et ansvar rundt det å fremme helse (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Likt med dette skriver Gammersvik (2012) at sykepleiere i spesialhelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten skal legge til rette for at hver enkelt pasient har mulighet for positiv helseutvikling. Uavhengig av hvor de befinner seg i sykdomsforløpet. I forhold til dette legges det frem i Orems (1991) sykepleieteori fem hjelpemetoder mot å fremme egenomsorg. Dette går ut på at en skal veilede, deretter støtte fysisk og psykisk, tilrettelegge for helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner og å undervise

(Cavanagh, 2008). Igjen velger vi å nevne helse- og omsorgstjenesteloven (2011), som også stiller krav til å tilrettelegge og fremme helse.

Gjennom vår utdanning og praksiserfaring har vi stadig hørt om faktorer som kan være med på å forebygge senkomplikasjoner, hos diabetes type 2 pasienter. Slik Mæland (2010) skriver er det nødvendig for å fremme helse, å gjøre noe med de faktorene som kan ha en negativ innvirkning på helsen. I sammenheng med dette har vi også som sykepleiere et ansvar mot å forebygge sykdom og lidelse. Dette ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og på denne måten fremme vedkommens mulighet for å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Med dette ser vi en sammenheng med oppfølging mot det å forebygge senkomplikasjoner. Ved at sykepleieren tar del i å endre de risikofaktorer for senere komplikasjoner av sykdommen. HelseNorge (2010) skriver at opplæringen bør forholde seg til det å ta vare på sin egenomsorg, ved å opplyse om vektreduksjon, alkohol, røyking og fysisk aktivitet. Likt med dette beskriver Orem (1991) kunnskap og ferdigheter som grunnleggende momenter, mot det å kunne oppnå egenomsorg (Cavanagh, 2008).

Uavhengig av god oppfølging, beskriver begrepet SOC av Aaron Antonovsky (1987) at for å oppnå god helse må en føle en viss sammenheng i livet. Dette som begripelighet, håndterbarhet og en meningsfylt hverdag (Antonovsky, 2012). Slik vi velger å forstå begrepet, kan pasientene forstå sykdommen og hva som skal til av livsstilsendringer for å forebygge komplikasjoner og bedre sin helse. Men samtidig kan det være en mulighet at mange diabetes type 2 pasienter finner endringene som utfordrende og krevende. Kanskje de ikke har nok motivasjon til å kunne fullføre. Eide & Eide (2010) stiller derfor spørsmålet om hvorfor noen pasienter enkelt kan skaffe seg motivasjon og vilje, og andre ikke. Videre beskriver de (uavhengig hva slags oppfølgingsmodell som benyttes), at ved sykepleierens fokus på empati og støtte kan pasientens motivasjon styrkes. Ved dette kan en se at endringsarbeidet kan påvirke selve resultatet (ibid.). Likt med dette skriver Orem (1991) at en sykepleier skal kunne støtte pasienten psykisk og fysisk. Med psykisk mener hun at en skal vise nærvær, ved blant annet å lytte. Videre beskriver hun den fysiske støtten som at en skal dyrke et fellesskap, som omfatter både pasient og sykepleier (Cavanagh, 2008). Samtidig nevnes det også utfordringer ved oppfølgings- og motivasjonsarbeidet. Utfordringen kan være at diabetes type 2 pasientene finner en glede, ved de faktorer som kan forårsake senkomplikasjoner. En større glede, enn å jobbe mot et mål for å hindre senkomplikasjoner (Eide & Eide, 2010). Dette ser vi en sammenheng med hva Aaron Antonovsky (1987) beskriver som en meningsfylt hverdag

(Antonovsky, 2012). Kanskje det er akkurat disse handlingene, som gir pasientene en mening i hverdagen. Dette kan henge sammen med at pasientene ikke finner livsstilsendringene som skal til, som overkommelige. Dette forstår vi derfor at kan bryte med begrepet SOC, fordi det omhandler at vedkommende skal føle en overkommelighet av de endringene som må gjøres for å fremme egenomsorgen. HelseNorge (2010) skriver at det i utgangspunktet er pasienten selv som står ansvarlig for å vurdere egen situasjon, i forhold til disse livsstilsendringene. Men slik vi velger å forstå de yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011) og Orems teori (1991), er det vi som sykepleiere som står for at opplæringen kan gi best mulig grunnlag, slik at pasienten selv kan gjennomføre dette. Likt med dette kommer det tydelig frem i de nasjonale retningslinjer for diabetes (Helsedirektoratet, 2009), at en har et ansvar mot det å drive et oppfølgings arbeid til denne pasientgruppen.

Cavanagh (2008) skriver at Orems (1991) syn på egenomsorg kommer av bevisste handlinger, som påvirkes av kunnskap og ferdigheter. Med dette forstår vi at for å sikre god egenomsorg, må pasienten ha kunnskap og ferdigheter rundt sin egen sykdom. På denne måten gis det mulighet for å kunne ta riktige valg, for å fremme sin helse og forebygge komplikasjoner. Likt med dette baserer Aaron Antonovskys (1987) teori seg på å kunne ha en følelse av kontroll over sin sykdom (Mæland, 2010). Med dette menes det at pasienten kan oppnå en forståelsen av sin sykdom, og at en dermed kan gjøre noe positivt for sin egen helse (Tveiten, 2009). På den ene siden kan man vurdere om dette er en sykepleieroppgave, eller pasientens eget ansvar å tilegne seg denne kunnskapen. Men igjen skriver yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at en har ansvar for det å kunne fremme helse (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Slik vi også forstår folkehelseloven (2011) og helse- og omsorgstjenesteloven (2011) bygger de oppunder dette, ved at en skal forebygge mot skade eller lidelse. Dette tolker vi som en sammenheng med definisjonen av forebyggende helsearbeid, grunnet at en skal forebygge mot blant annet problemskapende forhold (Normann, Sandvin & Thommesen, 2011).

Vi kontaktet diabetesforbundet for et lite intervju, med spørsmål om hvordan deres diabetesmedlemmer oppfattet den generelle oppfølgingen og undervisningen rundt sin diabetes type 2 sykdom. Dette valgte vi å gjøre fordi vi lenge hadde forsøkt å få tak i informasjon, om hvor mange diabetes type 2 pasienter som opplevde en form for senkomplikasjon. Uten noe gode funn om dette, valgte vi derfor å kontakte diabetesforbundet. Diabetessykepleieren vi var i kontakt med informerte om stor misnøye hos type 2 diabetikere, når det gjaldt oppfølging og veiledning fra helsetjenesten, spesielt lokalt. De var frustrerte

over at de kunne for lite om sin sykdom og hvordan de kunne forebygge videre senkomplikasjoner. Samtidig følte pasientene seg overlatt til seg selv, grunnet for lite oppfølging etter diagnostiseringen. Dette strider mot de faktorer Orem (1991) beskriver som viktig for oppnåelse av egenomsorg. Fordi pasienten ikke får tilegnet deg de kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for å ivareta helsen og forebygge senkomplikasjoner (Cavanagh, 2008). Ribu (2010) skriver også at et mål for denne typen undervisning må være å sikre at hvert enkelt individ oppnår god egenomsorg, slik at en kan forebygge sykdom. Etter hva diabetessykepleieren forklarte, svikter dette målet ved undervisningen. Med dette forstår vi at pasienter fort blir usikrere når de ikke får hjelpen de trenger, og at de selv ønsker tettere oppfølging og bedre undervisning rettet mot sin diabetessykdom. De nasjonale retningslinjer for diabetes (Helsedirektoratet, 2009) anbefaler en god del tiltak rundt oppfølging og undervisning. Som nevnt tidligere i oppgaven, anbefaler de oppfølging hver 2.-6. mnd. Her stiller vi derfor et spørsmålstegn om hva som går galt. Er det for lite oppfølging som er årsaken til at pasientene føler seg «tilsidesatt»? Eller er det oppfølgingen som ikke er god nok?

I forskningsartikkelen *Do automated calls with nurse follow-up improve self-care and glycemic control among vulnerable patients with diabetes?* (Piette, Weinberger, McPhee, Mah, Kraemer & Crapo, 2000) ønsket de å evaluere effekten rundt et automatisk telefonsystem, hvor en hadde en sykepleier som ringte rundt for vurdering av egenomsorg, utdanning og oppfølging av diabetes pasienter ukentlig. Årsaken til denne studien var å vurdere om blodsukker og egenomsorg kunne forbedres ved et slikt tiltak, for å redusere risikoen for komplikasjoner. Undersøkelsen omfattet 280 pasienter med diabetes. Det viste seg at en slik oppfølging av sykepleiere bedret pasientens kunnskap, som igjen førte til bedring av egenomsorg. De så også en forbedring rundt glykemisk kontroll og symptomer på sykdommen. Med dette forstår vi at en tettere oppfølging bidro til at pasientene ble mer bevisst på å ta riktige valg. Dette i forhold til bedring av helsen og forebygging av senkomplikasjoner. Slik Cavanagh (2009) skriver, må en ha tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter rundt sin sykdom. Dette for å oppnå god egenomsorg. Likt med det helsefremmende arbeidet omhandler dette å gjøre folk i stand til å få økt kontroll over sykdommen og samtidig forbedre sin helse (Mæland, 2010).

5.2 Kommunikasjon i det forebyggende arbeidet

Oftedal (2011) skriver at en kontinuerlig oppfølging av diabetes type 2 pasienter kan være hensiktsmessig, for å sikre god egenbehandling. Dette ser vi som en sammenheng med det helsefremmende arbeidet, fordi det relateres til å øke kompetansen rundt sin egen sykdom (Mæland, 2010). Likt med dette beskriver Orem (1991) de samme faktorene mot å sikre god egenomsorg (Cavanagh, 2008). Samtidig etter egen praksiserfaring er vi usikre på om oppfølgingen er god nok, når mange diabetes type 2 pasienter kommer inn på sykehus med alvorlige senkomplikasjoner. Senkomplikasjoner har vi sett kan gi store lidelser, og da gi en påvirkning på pasientenes livskvalitet. På en annen side må man også kunne drøfte om det er pasientene selv, uavhengig av kunnskap og oppfølging, som ikke mestrer det å endre livsstil. Selve valgene er det ikke vi som sykepleiere som tar, men pasienten selv. Dette strider mot hva Eide & Eide (2010) beskriver. De legger frem at det er vår oppgave som sykepleiere å bidra til motivasjon og mestring, slik at pasientene selv kan ta riktige valg mot å fremme helsen.

Sett fra en annen vinkel kan det være en utfordring, hvis pasienten selv ikke ønsker å følge de livsstilsrådene som de blir veiledet til å gjøre (Ribbu, 2010). Med dette forstår vi at om pasienten selv ikke ønsker å endre de faktorer som er skadelig for sin helse, kan dette være en utfordring i en eventuell oppfølging. Dette forstår vi at kan true egenomsorgen. Det å ha diabetes type 2 krever en innsats fra pasienten selv. Samtidig stilles det krav i forhold til det å planlegge ulike aktiviteter, spise sunt og ha kontroll over blodsukker. Alle disse faktorene kan være stressende for en pasient å forholde seg til. Eller slik Antonovsky (1987) beskriver det som, stressfaktorer (Antonovsky, 2012). Men samtidig er det viktig, for å fremme helse og forebygge senere komplikasjoner av sykdommen. På en annen side har en som sykepleier i oppgave å hjelpe pasientene, også etter de er utskrevet fra sykehus. Det er ofte på dette tidspunktet pasienten virkelig skal lære seg det å kunne leve med sin diabetes type 2. Derfor har sykepleierne en viktig rolle i å hjelpe pasienter med diabetes type 2, å få kontroll over sin egen situasjon (Ibid.). Med dette forstår vi at målet da må være at pasientene mestrer det å leve med sykdommen.

Flere studier viser samtidig at mange diabetes type 2 pasienter ofte ser informasjonen gitt av helsepersonell som vanskelig. Dette blant annet fordi pasientrollen i dag krever at en tar medansvar og delaktighet rundt sin sykdom. I forskningsartikkelen *Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy?»* (Finbråten & Pettersen, 2012)

beskrives health literacy som pasientens evne til å motta helseinformasjon, og evnen å omgjøre dette til sykdomsforebyggende handlinger. Det kommer frem i denne artikkelen at mange diabetessykepleiere rapporterer om lav health literacy hos sine diabetes type 2 pasienter. Årsaken til dette ble kartlagt som at pasienten hadde en for lav grunnkunnskap rundt sin diabetes type 2 sykdom, som førte til at en ikke forstod undervisningen som ble gitt av sykepleierne. Alvorligheten i dette legges frem at kan føre til at pasienten selv ikke mestrer det å forebygge sin diabetessykdom i hverdagen. Dette strider mot det Orem (1991) legger frem i sin teori, i forhold til at en skal hjelpe pasientene til å sikre egenomsorgsbehovene som er nødvendig for å fremme helse (Cavanagh, 2008). Likt med dette skriver de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, at en skal formidle tilpasset informasjon, og videre sørge for at pasienten har forstått informasjonen (Norges sykepleieforbund [NSF], 2011). Samtidig beskriver Aaron Antonovskys (1987) begrepet SOC, at en skal ha forståelighet for sykdommen, samtidig som en skal greie å håndtere informasjonen (Antonovsky, 2012). Med dette forstår vi som sykepleiere stadig møter pasienter, med ulik kunnskap rundt sin sykdom. Videre forstår vi at veiledningen og kommunikasjonsmåtene bør være individuelle, slik at en kan sikre at alle pasienter forstår undervisningen. Tveiten (2009) skriver også at en sykepleieroppgave skal være å legge til rette for *oppdagelse, læring, utvikling og mestring*. Dette gjennom å gi den veiledning og oppfølgingen etter hvor den andre befinner seg. Med dette forstår vi at informasjonen som gis bør være individrettet, etter den andre parts kunnskap. Vi velger å forstå denne kunnskapen som svært viktig. Fordi det i følge Orem (1991) er med på å sikre egenomsorgen (Cavanagh, 2008).

Videre skriver Tveiten (2009) at en enkel forklaring av anatomi, fysiologi og sykdomslære er hva som skal tas med, i undervisningen. Dette skal gis til pasienter med sykdom som er avhengig av mestring i hverdagen. Også nevnes det undervisning i forhold til mulige komplikasjoner, og hva pasienten selv kan gjøre for å forebygge dette. Dette forstår vi er relevant, i forhold til forebygging av senkomplikasjoner ved diabetes type 2. Dette ser vi en sammenheng med hva Finbråten & Pettersen (2012) legger frem, at pasienten ofte ikke forstår informasjonen som gis, og at dette må til for å oppnå health literacy. Men igjen velger vi å nevne intervjuet med diabetessykepleieren, som informerer om at denne undervisningen ikke er god nok. En kan derfor vurdere om kunnskapen rundt dette er tilstrekkelig.

I forhold til hva som er nevnt ovenfor ser vi en sammenheng med den hjelpende kommunikasjonen. Er den hjelpende kommunikasjonen god nok, når pasienten forlater

undervisningen av sykepleieren uten å ha forstått innholdet? Eide & Eide (2010) beskriver ti punkter for oppnåelse av den hjelpende kommunikasjonen. Punktene går blant annet ut på relasjonsbygging, observasjon og fortolking, lytte, formidle informasjonen forståelig, fokusere på ressurser og muligheter, møte den andres behov, sikre god samtale og samhandling, åpen for spørsmål og sammen komme frem til gode beslutninger. Med dette forstår vi at pasienten blir med som en medbestemmelses part, ikke bare en passiv pasient som tar i mot informasjon. Kommunikasjon går ut på å delaktiggjøre og skape forbindelse med den andre parten (Eide & Eide, 2010). Hvis den ene parten da blir passiv, forstår vi at dette kan true kommunikasjonen. En god kommunikasjon forstår vi også at kan være en fordel for oss sykepleiere. Dette fordi at det skaper mulighet for at vi selv kan kartlegge hva slags kunnskap pasienten har fra før. Med dette forstår vi at det gis mulighet til å møte pasienten «der den er». Målet med denne kommunikasjonsmetoden er å skape en pasientrettet undervisning (Eide & Eide, 2010). Mulig kan dette gi pasienten en større forståelse og kunnskap rundt sin egen sykdom. Dette velger vi å se i sammenheng med begrepet empowerment. Dette fordi ved økt kunnskap, øker også mestringsevnen av egen helse (Mæland, 2010). Igjen kan også begrepet health literacy ivaretas, fordi pasienten får den mulighet til å omgjøre kunnskapen til sykdomsforebyggende handlinger (Finbråten & Pettersen, 2012).

Travelbee (1971) skriver at for å komme pasienten i møte er sykepleierens empatievne og tillit grunnleggende. Likt skriver Eide & Eide (2010) at empati er spesielt viktig i den hjelpende kommunikasjon. Videre skriver han at kommunikasjonen bør basere seg rundt tre begreper; Fagkunnskap, empati og målorientering. Med dette velger vi å forstå at en sykepleier sitter med fagkunnskapen, men kommunikasjonen må basere seg på empati og samtidig være målrettet. Dette er omsorgsprofesjonalitet (ibid.). Slik Tveiten (2009) skriver, kan empati føre til at pasienten føler seg tatt på alvor og blir forstått. Mulig dette omhandler det å føle seg sett og verdsatt.

Dorothea Orem (1991) skriver at egenomsorg er noe en iverksetter for å kunne opprettholde et godt liv og en normal utvikling (Cavanagh, 2008). På denne måten utøver en selv tiltak mot det å kunne opprettholde både liv, helse og velvære. Dette kan derfor være en faktor for å kunne forebygge mot skade eller funksjonssvikt. Likt med dette skriver Kari Martinsen at denne omsorgen kan sees på som et «*Mål i seg selv*», for vår utøvelse av sykepleie (Knutstad, 2010). På en annen side beskriver Virginia Henderson sykepleierens funksjon, for å sikre

egenomsorg og uavhengighet. Sykepleieren i sin særegne funksjon har i oppgave å hjelpe pasienten (uavhengig av sykdom), i de gjøremål som skal til for å sikre god helse (Hansen, 1999). Med dette velger vi å forstå at fokuset i vårt arbeid blir salutogenese fordi vi jobber mot å fremme helsen. Rettet mot det forebyggende helsearbeidet ser vi at dette kan være sentralt. Ved at vi som sykepleiere gjennom tettere og god oppfølging kan bidra til at pasienten selv tar enda et steg nærmere egenomsorgen. Slik at en selv som individ kan forebygge komplikasjoner. Spørsmålet er om vi er gode nok til å jobbe mot et slikt mål. Under intervjuet med diabetessykepleieren i diabetesforbundet, uttrykte hun at kunnskapen rundt dette temaet ikke var bra nok. Dette ser vi en sammenheng med hva vi selv har opplevd og erfart i praksis.

5.3 Empowerment og mestring hos diabetes type 2 pasienter

Det å leve med en kronisk sykdom krever at pasienten må lære seg å mestre de oppgaver som følger med sykdommen. Dette vil blant annet si at en må lære seg å kjenne symptomer og tegn, ivareta behandlingsopplegg og hindre risiko for forverring (Mæland, 2010). Eller slik Orem (1991) beskriver det, kunnskap og ferdigheter (Cavanagh, 2008). Derfor har en som pasient et behov for råd, relativt tidlig i sykdomsforløpet. Denne informasjonen bør senere gjentas og etterhvert utvides, ut ifra de utfordringer som følger med av å leve med en diabetes type 2 sykdom. Pasientundervisningen bør derfor bli gjort mer enn bare en gang.

Pasientinformasjonen bør derfor ha som hovedmål å bedre oppfølgingen av behandlingen (Mæland, 2010). Likt med dette skriver Orem (1991) at en sekundærforebygging bør iverksettes så tidlig som mulig (Cavanagh, 2008). På en annen side skriver også Mæland (2010) at langt fra alle pasienter følger de rådene som blir gitt av helsepersonell, og at mer enn femti prosent ikke gjennomfører langvarige behandlingsplaner. Med dette forstår vi at utførelsen av salutogenese kan være vanskelig, i et oppfølgingsarbeid. Fordi vi ikke greier å nå frem i vårt forebyggende helsearbeid. Igjen forstår vi hvordan dette kan påvirke diabetes type 2 pasienters health literacy, fordi de ikke mestrer å omgjøre kunnskapen til sykdomsforebyggende handlinger. Oppfølgingsarbeidet for oss sykepleiere kan derfor være en utfordring, spesielt når såpass mange pasienter ikke velger å følge de råd vi gir. Muligheten kan være, ut i fra begrepet SOC, at pasientene ikke finner det meningsfylt, håndterlig eller forståelig med de livsstilsendringene det stilles krav til (Antonovsky, 2012). Men samtidig ut ifra egen praksiserfaring har vi observert at pasientene ønsker en bedring i den oppfølgingen

som utføres. Likt med hva diabetessykepleieren forklarte, har ikke denne pasientgruppen et godt nok grunnlag for mestring.

Det er vist at en kombinasjon av gruppevirksomhet og individuell opplæring har gitt god effekt på pasientenes kunnskapsnivå, psykososial fungering og glykemisk kontroll. Dette igjen ga resultat i en følelse av bedre livskvalitet (Gilden, Hendryx, Clar, Casia & Singh, 1992). Gruppevirksomhet har også vist at fører til en strukturert oppfølging og økt trivselsfølelse (Tankova, Dakovska & Koev, 2004). Her kan en stille spørsmål om det kreves mer enn kun en individuell opplæring. Uansett forstår vi at grunnprinsippene er at pasientene øker sitt kunnskapsnivå, gjennom ulike veiledningsmetoder. Dette ser vi en sammenheng med begrepet empowerment, fordi det skaper mulighet for å mestre det å ta riktige valg i forbindelse med sin sykdom. Ved at pasientene utvikler kompetanse, delaktighet og egenkontroll fremmes følelsen av styrke, makt og kontroll over sitt eget liv (Askheim, 2010). Likt med Ribu (2010) forstår vi at en pasient med kunnskap og ferdigheter opplever det å ha kontroll og mestrer bedre, det å endre sin atferd i forhold til livsstil (Ribu, 2010). Samtidig skriver Orem (1991) at en ved tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter, kan oppnå god egenomsorg (Cavanagh, 2008).

I forskningsartikkelen *motivasjon til egenbehandling blant voksne med diabetes 2* (Ofstedal, 2011), rapporterte mange pasienter at de hadde for lav motivasjon til å kunne gjennomføre de råd, som ble gitt av helsevesenet. Dette fordi pasientene trengte en mer kontinuerlig oppfølging knyttet til kosthold og fysisk aktivitet. Med dette forstår vi en sammenheng med begrepet empowerment. Det å kunne mestre sin egen sykdom, gjennom delaktighet, egenkontroll, kompetanse og selvtillit. Tveiten (2012) skriver at gjennom mestring greier en alene å takle de utfordringer en har i møte, grunnet sin sykdom. Med dette velger vi å se en likhet med Aaron Antonovskys (1987) beskrivelse av begrepene salutogenese og SOC. Dette grunnet at en selv har en bedre forutsetning for å møte de utfordringer som kommer ved sykdommen (Antonovsky, 2012). Samtidig at en har tilgang til de ressurser, kompetanse og ferdigheter og evnen til å utnytte dette (Mæland, 2010). Med dette forstår vi at en tettere oppfølging kan være den ressursen mot det å skape mestring og empowerment hos diabetes type 2 pasienter. Samtidig forstår vi hvordan vi som sykepleiere må være til stede, for å motivere pasientene til å ta de riktige avgjørelsene for å fremme sin helse. Dette forstår vi derfor kan stemme overens med de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, fordi en skal fremmer håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

I De nasjonale retningslinjene for diabetes anbefales det å ha diabetesteam i spesialhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009), men finnes det rom for å rette dette mot kommunene? Vi ser at de fleste diabetes type 2 pasientene befinner seg i hjemmet, og hjelpen ville da blitt flyttet nærmere der de befinner seg. Likt med dette stilles det krav i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) at kommunene skal fremme helsefremmende og forebyggende tjenester. Dette ved å tilrettelegge for mestring, slik at sykdom eller skade kan forebygges. Et diabetesteam kan stå til ansvar for selve pasientbehandlingen, opplæring og veiledning til pasienter og pårørende, opplæring av annet helsepersonell, tverrfaglig samarbeid og rutinekontroller. Med dette spørsmålet mener vi ikke å konstatere et slikt forslag, men vise viktigheten av at denne pasientgruppen lettere får enkelt personer å forholde seg til, ved eventuelle spørsmål angående sin sykdom. Samtidig ser vi en mulighet for tettere oppfølging. Dette ser vi også på som en faktor for å sikre trygghet for pasientene, og at de med jevnere mellomrom får veiledning og opplæring som er sykdomsrelatert. Dette forstår vi at kan være med på å øke pasientens egen kunnskap om sin egen sykdom, som igjen vil føre til at en har et større valg for å ta riktige beslutninger angående sin egen helse. Mulig kan da en oppnåelse av begrepet empowerment gjennomføres. Med dette forstår vi at ved å gi diabetes type 2 pasientene motivasjon og selvsikkerhet, kan en selv ha mulighet å ta styring over eget liv. Med dette ivaretar man egenvilje, autonomi og handlingsevne (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010).

På en annen side kan begrensninger i kommunens økonomi og prioriteringer være en utfordring. Mæland (2010) skriver at for å drive folkehelsearbeid kreves en felles innsats fra samfunnet. Med dette forstår vi at vi må jobbe sammen mot et felles mål, for å bedre folkehelsearbeidet mot denne pasientgruppen. Det kan også ligge andre faktorer som truer en tettere oppfølging til denne pasientgruppen. *Rett behandling- på rett sted- til rett tid* beskriver tre utfordringer som truer helse- og omsorgstjenestenes arbeid mot å jobbe helsefremmende. Vi ser to av disse relevant i forhold til oppgaven. En utfordring kan være at fokuset til det å lære pasientene til å mestre sin sykdom er nedprioritert, og at prioriteringen heller er å behandle sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Eller slik Antonovsky (1987) skriver, at fokuset blir patogenese og ikke salutogenese (Antonovsky, 2012). Med dette forstår vi at det forebyggende og helsefremmende arbeidet står i «skyggen» av å jobbe mer behandlende og sykdomsrettet. Den andre utfordringen er at stadig flere mennesker i Norge lever med kroniske livsstilssykdommer (ibid.). På denne måten forstår vi at det vil kreves mer

ressurser, når sykdommen rammer såpass mange mennesker. På en annen side skriver Henriksen (2012) at sykepleiere kan sees på som nøkkelpersoner i utførelsen av pleie og behandling, men reformen nevnt ovenfor krever fremdeles at sykepleieren blir mer bevisste på samhandling og helsefremming. Med dette ser vi viktigheten med at vi som sykepleiere legger til rette for mestring og tidlige intervensjoner, i forhold til pasientens diabetessykdom. Årsaken til det helsefremmende arbeidet i kommunene er at en skal kunne forebygge mer og eventuelt hindre at sykdom oppstår hos pasientene. Ikke bare kan man da redusere kommunenes kostnader, men også hindre unødvendig lidelse hos pasientene (ibid.).

Askheim (2010) skriver at empowerment omhandler det å kunne lære seg å leve med sin situasjon, samtidig mestre de utfordringer sykdommen byr på. På en annen siden skriver han videre at pasientene ikke vil greie å oppnå en god helse, hvis en ikke greier å ha kontroll over de faktorer som påvirker den. Her nevnes det blant annet utvikling av personlige ferdigheter. Men her skriver Tveiten (2009) at en gjennom veiledning skal en ha mulighet til å sikre nettopp dette. Ved å tilegne den andre parten kunnskap, slik at en selv mestrer det å ha kontroll over sykdommen. Health literacy sammen med salutogenese og SOC, omhandler også det å ha kunnskap. Kunnskap til å ta riktige valg, kunnskap til å mestre, kunnskap om å kunne forstå og se meningen med livsstilsendringer (Mæland, 2010). Tilbake til Orems (1991) definisjon av egenomsorgen, nevner også hun faktorer som kunnskap og ferdigheter (Cavanagh, 2008). Utfordringen blir derfor hvordan en kan fremme dette på best mulig måte, og om oppfølgingen faktisk kan bidra til kompetanseutvikling.

6 Konklusjon

Etter intervjuet med diabetessykepleieren fikk vi et godt innblikk i hvordan diabetes type 2 pasientene selv opplevde oppfølgingen. Samtidig var det spennende for oss som sykepleierstudenter å se at andre satt igjen med samme type erfaring, som vi hadde fra vår praksiserfaring. Vi fikk derfor et enda større engasjement for å skrive denne oppgaven.

I vår yrkesprofesjon som sykepleiere har vi i følge de yrkesetiske retningslinjer ansvar for å fremme helse (Norsk sykepleierforbund, [NSF], 2011). Med dette forstår vi at det helsefremmende arbeidet er sentralt i vår yrkesprofesjon. Forskning og litteratur som er lagt frem i oppgaven, beviser at et oppfølgingsarbeid resulterer i ivaretagelse av egenomsorg, health literacy og empowerment. Dette fordi at en har mulighet til å øke diabetes type 2 pasientenes kompetanse rundt sin egen sykdom. Dette kan derfor sees på som forebyggende helsearbeid (Mæland, 2010). På denne måten driver vi med salutogenese, ved at vi forebygger negative faktorer som påvirker helsen (Antonovsky, 2012). Ved økt kompetanse kan forståelsen for situasjonen oppnås, deretter kan en fremme løsninger og forstå hensikten med å gjøre dette. På denne måten ivaretar vi begrepet SOC (Ibid.).

I forhold til problemstillingen forstår vi derfor at et tettere oppfølgingsarbeid kan bidra til utvikling av egenomsorg. Dette fordi at en påvirkes av kunnskap og ferdigheter rundt sin egen sykdom (Cavanagh, 2008). Forskning som er lagt frem i oppgaven har også konkludert med at en tettere oppfølging har bidratt til at pasienten selv mestrer det å ta riktige valg, for fremme helse og forebygge senkomplikasjoner (Piette, Weinberger, McPhee, Mah, Kraemer & Crapo, 2000). På denne måten oppnår diabetes type 2 pasientene empowerment, ved at man ivaretar egenvilje, autonomi og handlingsevne (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

I oppgaven har vi oppdaget at det som utføres i praksis, strider imot hva vi velger å se som det ideelle. Dette fordi det i oppgaven kommer frem at diabetes type 2 pasienter sitter med en følelse av ikke å få tilstrekkelig eller god nok oppfølging. Det er derfor viktig å poengtere at vi i helse- og omsorgstjenesteloven (2011), folkehelseloven (2011) og yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, [NSF], 2011) har et ansvar både individuelt og som et samfunn for å fremme helse. Med dette forstår vi at vi må jobbe mot salutogenesen, ved å sikre en tettere oppfølging til diabetes type 2 pasientene. Samtidig må det også være kvalitet i den oppfølgingen som gis. Dette stilles det også krav til i de yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, [NSF], 2011), ved at en skal sørge for at informasjonen som formidles

forstås. På denne måten får pasienten mulighet til å omgjøre kunnskapen til sykdomsforebyggende handlinger (Finbråten & Pettersen, 2012). Slik fremmer vi forebyggende helsearbeid (Normann, Sandvin & Thommesen, 2011).

Gjennom utførelse av oppgaven har vi også sett andre faktorer som er viktig for at pasientene skal kunne mestre det å forbygge senkomplikasjoner. Hvordan en som sykepleier kommuniserer har vi sett på som en viktig del. Gjennom forskning har vi sett at helseinformasjonen som blir gitt ikke har blitt forstått av pasientene (Finbråten & Pettersen, 2012). Tveiten (2009) skriver at veiledningen og kommunikasjonen bør være individuell, slik at alle pasienter kan forstå undervisningen. På denne måten kan man gi veiledning etter hvor den andre befinner seg. Grunnet dette ser vi viktigheten med at sykepleieren tar i bruk den hjelpende kommunikasjonen. For å sikre et godt samarbeid med pasientene beskriver både Travelbee (1971) og Eide & Eide (2010) at empati også er en grunnstein i den hjelpende kommunikasjon. Dette vil føre til at pasientene får forståelse og kunnskap rundt sin egen sykdom, som fører til mestring av egen helse (Mæland, 2010). Diabetes type 2 pasientene får derfor sin mulighet til å omgjøre kunnskap til sykdomsforebyggende handlinger. På denne måten ivaretar man Health literacy (Finbråten & Pettersen, 2012).

Med dette forstår vi at for å sikre at diabetes type 2 pasientene mestrer det å forebygge senkomplikasjoner, er tett oppfølging og sykepleierens kommunikasjonsferdigheter viktige faktorer. På denne måten kan vi sikre det å jobbe helsefremmende og forebygge mot sykdom, skade eller lidelse (Mæland, 2010).

Referanseliste:

*Antonovsky A.(2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. (s. 5- 205). Oslo: Gyldendal Akademisk

Askheim, O.P. (2010). Empowerment- ulike tilnærminger. I O.P. Askheim & B. Starrin (red.). *Empowerment: I teori og praksis* (s. 28- 30). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Cavanagh, S.J. (2008). *Orems: Sykepleiemodell i praksis*.(s. 15- 158). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. s. 7- 290). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Diabetesforbundet. (2012). *Diabetes type 2*. Lokalisert på:
<http://diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

Eide H. & Eide T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Finbråten H.S & Pettersen K.S. (2012). *Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «Health literacy?»*. (s. 47- 52). Lokalisert på: Sykepleien.no

*Folkehelseinstituttet. (2013). *Diabetes type 2*. Lokalisert på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,7331:1:0:0:::0:0

*Folkehelseloven, LOV- 2011-06-24-29. § 1. (2012). Lokaliser på: www.lovdata.no

*Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s.99-119). Bergen: Fagbokforlaget

*Gilden J.L., Hendryx M.S., Clar S., Casia C. & Singh S.P. (1992). *Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients*, 40 (2), 147- 50. Lokalisert på:

www.pubmed.com

*Hansen Å.M. (1999). *Grunnleggende teorier og begreper: I pleie og omsorgsarbeid*.(s. 26)
Oslo: NKS forlag

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (St. meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet. Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

*Helse- og omsorgsdepartementet.(2012). *Verdens helseorganisasjon*. Lokalisert på:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126

*Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30.§1-1. (2012). Lokalisert på:

www.lovdata.no

*Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes: Forebygging, diagnostikk og behandling* (s. 35- 43). Oslo: Departementet

*Helsedirektoratet. (2012). *Beskrivelse av folkehelseloven*. Lokalisert på:

<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/beskrivelse-av-folkehelseloven/Sider/beskrivelse.aspx>

*HelseNorge. (2010). *Opplæring, oppfølging og kontroller*. Lokalisert på:

<http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/diabetes-opplaring-kontroller/Startkurs.aspx>

*Henriksen S.G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*.(s. 57- 74).
Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen D., Kjeldsen S.E., Ingvaldsen B., Buanes T. & Røise, O. (2010). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2. utg. s. 291- 298). Oslo: Gyldendal Akademisk

Knutstad U. (2010). Kvalme. I U. Knutstad (Red.) *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. utg. s. 194- 197). Oslo: Akribe

*Mittelmark, M.B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012).

Helsefremmende arbeid- ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.).

Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis (s. 23- 44). Bergen: Fagbokforlaget

Mæland, J.G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis* (3.utg. s. 13- 224). Oslo: universitetsforlaget

Normann T., Sandvind J.T. & Thommesen H. (2011). *Om rehabilitering: Mot en helhetlig og felles forståelse?* (2. utg. s. 14,98). Oslo: Kommuneforlaget

Norsk sykepleierforbund, [NSF].(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.(s. 5- 11).

Lokalisert på: www.sykepleierforbundet.no

*Ofte dal B.F. (2011). *Motivasjon til egenbehandling blant voksne med diabetes 2*, 6 (4), 397- 97. Lokalisert på: www.sykepleien.no

*Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. (4. Utg. S. 117). New York: McGraw-Hill

*Piette J.D., Weinberger M., McPhee S.J., Mah C.A., Kraemer F.B & Crapo L.M. (2000). *Do automated calls with nurse follow-up improve self-care and glycemic control among vulnerable patients with diabetes?* 108 (1), 20- 7. Lokalisert på: www.pubmed.com

Ribu, L.(2010). Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. I U. Knutstad (red.). *Sykepleieboken 3:Klinisk sykepleie* (s. 484- 515). Oslo: Akribe

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, T. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-kropp- samfunn* (s. 323). Oslo: Gyldendal Akademisk

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg. s. 5-7, 15, 54, 72- 74). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Tankove T., Dakovska G. & Koev D. (2004). *Education and quality of life in diabetic patients*, 53(3), 285- 90. Lokalisert på: www.pubmed.com

Torbjørnsen T. (2008). Åndelig omsorg. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 462-463). Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten S. (2009). *Pedagogikk: I sykepleiepraksis*. (2. utg. s. 30- 192). Bergen: Fagbokforlaget

*Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red). *Helsefremmende sykepleie: Teori og praksis* (s. 173- 193). Bergen: Fagbokforlaget

*USAGoverment. (2011). *Centers for disease control and prevention*. Lokalisert på: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/>

Sammendrag

I Norge er det ca. 350 000 nordmenn som har diabetes type 2. Derfor er det svært mange mennesker som står i fare for å utvikle senkomplikasjoner. Målet med denne litteraturstudien er å legge frem viktigheten av tilstrekkelig og godt nok oppfølgingsarbeid til denne pasientgruppen. Samtidig hvordan oppfølging kan fremme mestring og egenomsorg, slik at senkomplikasjoner kan forebygges.

Summary

In Norway there is about 350 000 Norwegians who have diabetes type 2. Therefore it is many people who are at risk of developing complications. The objective of this literature study is to present the importance of adequate and well enough follow-up work in this population. At the same time how follow-up can promote coping and self-care, so complications can be prevented.

Vedlegg, Pico-skjema

| P | I | C | O |
|--|--|----------|--|
| Diabetes | Nurse follow-up/ oppfølging av sykepleiere | | Selfcare/ egenomsorg |
| Diabetic patients/ diabetes pasienter | Education/ utdanning | | Glycemic control/ glykemisk kontroll |
| Diabetes type 2 | Follow-up/ oppfølging | | Motivation/ motivasjon Health literacy |
| Patients with diabetes/ pasienter med diabetes | Support groups/ støttegrupper | | Quality of life/ livskvalitet |